

SVEUČILIŠTE JOSIPA JURJA STROSSMAYERA U OSIJEKU
FAKULTET ZA ODGOJNE I OBRAZOVNE ZNANOSTI

Ana Galić

MUCANJE U DJECE PREDŠKOLSKE DOBI

ZAVRŠNI RAD

Slavonski Brod, 2019.

SVEUČILIŠTE JOSIPA JURJA STROSSMAYERA U OSIJEKU
FAKULTET ZA ODGOJNE I OBRAZOVNE ZNANOSTI
Izvanredni preddiplomski studij Ranoga i predškolskog odgoja i obrazovanja

MUCANJE U DJECE PREDŠKOLSKE DOBI
ZAVRŠNI RAD

Predmet: Razvojna psihologija

Mentor: dr. sc. Slavka Galić, izv. prof.

Student: Ana Galić

Matični broj: 467

Slavonski Brod,
rujan 2019.

SAŽETAK

Mucanje (lat. balbuties) je poremećaj fluentnosti govora s početkom u djetinjstvu, koji uključuje simptome poput ponavljanja glasova i slogova, stanki unutar riječi, čujnog ili tihog blokiranja, produkcije riječi uz jaku tjelesnu napetost, a često je praćeno i pridruženim simptomima. Etiologija mucanja još uvijek nije objašnjena u cijelosti, ali se pretpostavlja da kombinacija različitih čimbenika može dovesti do razvoja ovog poremećaja. Različita istraživanja upućuju na postojanje predispozicije za razvoj mucanja, koja se zatim može, ali i ne mora, aktivirati pod utjecajem nekih precipitirajućih faktora, među kojima se najčešće razmatra djelovanje različitih stresora. Rad sadrži sažet prikaz govornih poremećaja, s posebnim naglaskom na mucanju te njegovim obilježjima, uzrocima, posljedicama i terapijskim pristupima. Terapiju mucanja s djecom predškolske dobi provodi logoped, uz obaveznu suradnju roditelja. Ponekad je, uz logopedsku terapiju, potrebna i psihoterapija, naročito u slučajevima kada su prisutni emocionalni poremećaj, strah od govora i različite posljedice stresora kojima su djeca bila izložena. U ovom je radu, također, istaknuta važnost suportivnog pristupa odgajatelja u pristupu djetetu s poremećajem fluentnosti govora kako bi se smanjila vjerojatnost razvoja drugih teškoća poput nesigurnosti, niskog samopoštovanja i straha od govora, a koje često prate mucanje.

Ključne riječi: govorni poremećaji, mucanje, predškolsko dijete, terapijski pristupi

SUMMARY

Stuttering (lat. balbuties) is a disorder of speech fluency with beginning in childhood, which includes symptoms such as repetition of phonemes and syllables, breaks within the word, audible and silent blocking, production of words with strong physical tension, and often accompanied by associated symptoms. The etiology of stuttering has not yet been fully explained, but it is hypothesized that a combination of different factors may lead to the development of this disorder. Various studies indicate that there is a predisposition for the development of stuttering, which may or may not be triggered by the influence of some precipitating factors, among who the action of different stressors is most commonly considered. The paper provides a concise display of speech disorders, with particular emphasis on stuttering and its characteristics, causes, consequences and therapeutic approaches. Stuttering therapy with pre-school children is performed by a speech therapist, with the obligatory cooperation of parents. Sometimes, in addition to therapy, psychotherapy is needed, especially in cases where emotional disorder, fear of speech, and the various consequences of stressors to which children have been exposed are present. This paper also highlights the importance of a supportive educator approach to accessing a child with speech fluency disorder to reduce the likelihood of developing other difficulties such as insecurity, low self-esteem, and fear of speech that often accompany stuttering.

Key words: *speech disorders, stuttering, pre-school child, therapeutic approaches*

SADRŽAJ:

1. UVOD.....	1
2. RAZVOJ GOVORA.....	2
3. POREMEĆAJI GOVORA U DJECE.....	5
4. MUCANJE.....	8
4.1. Definicija i obilježja	8
4.2. Razlike između mucanja i brzopletosti	12
5. UZROCI MUCANJA DJECE PREDŠKOLSKE DOBI	14
6. ISHOD POREMEĆAJA	18
6.1. Fiziološko mucanje	18
6.2. Problemsko mucanje	19
7. TERAPIJSKI PRISTUPI	21
8. DIJETE S MUCANJEM U VRTIĆU	28
9. ZAKLJUČAK	32
LITERATURA.....	33

1.UVOD

Čovjek je društveno biće, stoga je komunikacija važan čimbenik u njegovu životu. Jezik je temelj ljudske komunikacije, njime možemo pretočiti svoje misli u riječi, izraziti osjećaje i potrebe, razmjenjivati informacije. Komunikacija može biti verbalna i neverbalna, a upravo je neverbalna komunikacija prvi oblik komunikacije koju dijete, nedugo nakon rođenja, uspostavlja s okolinom. Kako dijete raste i razvija se, uz okolinu uči jezik i, pojavom prve riječi, prelazi iz predgovorne faze u govornu fazu razvoja. U govornoj fazi djetetova komunikacija postaje verbalna te dijete postaje sposobno komunicirati s ljudima koji ga okružuju. No, ova faza je osjetljiva faza razvoja govora jer govor još uvijek nije automatiziran. U ovoj fazi mogu se pojaviti određene teškoće koje će djetetu otežati naizgled jednostavnu komunikaciju i narušiti jezično izražavanje. U ovom radu obuhvaćen je razvoj govora, opisani su govorni poremećaji koji se javljaju u djece predškolske dobi, a naglasak je stavljen na poremećaj fluentnosti govora, odnosno na mucanje. Mucanje je poremećaj tečnosti, tempa i ritma govora koji se očituje u nevoljnim grčevima mišića govornih organa, a ponekad ga prate grčevi mimičkih mišića lica i nevoljni pokreti tijela (Posokhova, 1999). Rad sadrži prikaz uzroka i posljedica mucanja te opisuje različite terapijske pristupe koji se koriste u terapiji mucanja kod djece predškolske dobi. U terapijskim pristupima posebno se ističe VaLMod program kao multidimenzionalan pristup mucanju, namijenjen djeci i odraslima (Novosel, Novosel, Novosel, 2000). Terapija mucanja može biti djelotvorna jedino ako logoped, roditelji i odgajatelji usko surađuju i svakodnevno provode vježbe s djetetom te mu pružaju dobar govorni uzor. Također, u radu je posvećena pažnja ulozi roditelja i odgajatelja u radu s djecom s poremećajem fluentnosti govora, stoga se kroz cijeli rad ističe važnost informiranosti roditelja i odgajatelja o govornim teškoćama, važnost poznavanja kalendara komunikacija i jezično-govornog razvoja, kao i edukacija roditelja i odgajatelja o terapijskim pristupima mucanju.

2. RAZVOJ GOVORA

Ako promatramo razvojni put djeteta, jasno uočavamo bit i značajnost govora jer upravo govor predstavlja temeljni oblik komunikacije među ljudima. Funkcija govora je od iznimne važnosti u svim aspektima života, od svakodnevice, odgoja, obrazovanja te kasnije u profesionalnom djelovanju. Kako bi dijete uspješno ovladalo govorom te za pravilan razvoj govora, obavezno moraju biti zadovoljeni neki od osnovnih bioloških, socioloških i psiholoških faktora (npr. dobro zdravlje, uredno razvijeni govorni organi, uredan sluh, uredan intelektualni razvoj, potpuna, tj. funkcionalna i pedagoški stimulativna obitelj, te okolina bogata mnoštvom raznolikih, između ostalog, i govorno-jezičnih poticaja). Prve tri godine djetetova života predstavljaju period naglog razvoja govora i jezika. Razvoj govora, kao dio kognitivnog razvoja, također slijedi neke zakonitosti. Dijete u razvoju govora prolazi kroz nekoliko razvojnih faza, a međusobne se granice tih faza isprepliću. Najranije glasanje djeteta jest prvi plač (koji pokazuje da se aktiviraju govorni organi i uspostavlja funkcija disanja), dijete prolazi predgovorno i govorno razdoblje, a svako od njih ima neke faze. *Predgovorno razdoblje* dijeli se na četiri faze. Prva faza ovog razdoblja započinje rođenjem i traje do drugog mjeseca djetetova života, a uključuje negovorno glasanje – fiziološke krikove i refleksno glasanje poput uzdisaja, zijevanja, kihanja, kašljanja i sl. Druga faza razvoja govora počinje od osmog, a traje do dvadesetog tjedna. Krik se mijenja, pojavljuju se osmijeh i gukanje – prvo jednosložni zvukovi poput „a“ ili „o“, a zatim kombinacija suglasnika i samoglasnika, npr. „gu“. Treća faza predgovornog razdoblja, faza slogovanja, traje od 16.-20. do 30. tjedna. Dijete producira nizove jednakih zvukova poput „ba-ba-ba“. Četvrta faza, faza slogovnog brbljanja, počinje između 20. i 25. tjedna, a prosječno završava u 50. tjednu djetetova života (u neke djece će se i prije 50. tjedna života javiti prva riječ). Krajem prve godine života, slogovanje se više ne sastoji od ponavljanja istih zvukova nego dijete počinje kombinirati različite glasove („di-da, te-ta“). Može se uočiti da govor počinje sadržavati i neka od fundamentalnih obilježja govora, poput promjene visine intonacije, sličnoj onoj u govoru odraslih.

Govorno razdoblje započinje pojavom prve riječi sa značenjem, a napredak se ocjenjuje pomoću praćenja broja riječi koje dijete koristi. Illona Posokhova (1999) opisala je rezultate istraživanja u kojemu su sudjelovala djeca različite dobi, a cilj istraživanja bio je utvrditi prosječan broj riječi koje djeca aktivno upotrebljavaju u svom govoru. Rezultati su pokazali da jednogodišnjaci barataju s tek nekoliko riječi, dvogodišnjaci koriste 200 do 300 riječi, dok trogodišnjaci aktivno upotrebljavaju 1500 do 2000 riječi. Ovaj se broj riječi smatra

uobičajenim brojem riječi u djetetovom rječniku u određenoj dobi, no treba spomenuti da postoje velike individualne razlike i u vremenu progovaranja prve riječi i u broju riječi koje dijete koristi na određenom uzrastu. U prvoj polovici druge godine, govor čine tek pojedine riječi, dok u drugoj polovici dijete polako povezuje dvije riječi i tako tvori kratke rečenice. Govor i djetetov rječnik u ranom djetinjstvu intenzivno se razvijaju. Dijete od druge do šeste godine života počinje izgovarati glasove jasno i razumljivo, a riječi i rečenice gramatički ispravno. Uspješnim razumijevanjem, usvajanjem i korištenjem kompleksnijih gramatičkih struktura, predškolsko dijete postaje spremno za učenje čitanja i pisanja. Ovdje je opisan uobičajeni razvoj najvećeg broja djece no, kao što je već spomenuto, postoje velike individualne razlike i ne napreduju sva djeca jednako. Ako dijete ne progovori prvu riječ do kraja druge godine, tada se uobičajeno smatra da se radi o zakašnjelom govoru.

Za prve mjesece života svakog djeteta, od velike su važnosti poticaji koje dijete prima iz okoline. Vokalnim igrama dijete istražuje sposobnosti svojih govornih organa te proizvodi različite glasove. Neovisno o materinjem jeziku sva dojenčad producira sve glasove. Završetkom petog mjeseca života, dijete svjesno započinje producirati glasove materinjeg jezika, dok to djeca s oštećenjem sluha ne čine. Primanjem slušnih podražaja iz svoje okoline, dijete postupno postaje sposobno raspoznavati glasove koji su mu ugodni ili neugodni, one koji su mu poznati i one koji nisu te na njih ima određenu reakciju. Tijekom daljnjeg rasta i razvoja, dijete kroz imitaciju glasova i slogovnim glasanjem polako dolazi do izgovora prvih riječi. Vrlo brzo, ono postaje svjesno povezanosti riječi s određenim objektima, akcijama i mišljenjima. Rječnik djeteta se brzo širi, dolazi i do usvajanja jezičnih pravila: sintakse, morfologije, pragmatike. S navršene tri godine, dijete je uspješno usvojilo bazu materinjeg jezika. Širokim spektrom riječi iz djetetovog rječnika, dijete je u stanju koristiti različite riječi i tvoriti rečenice prema sintaksičkim i morfološkim pravilima. S oko pet do pet i pol godina, dijete bi trebalo sve glasove pravilno izgovarati¹.

Djeca će u školi naučiti čitati i pisati te formalno učiti jezik. Većina djece s uspjehom usvaja nova znanja, no u slučaju kada to nije tako, radi se o raznim odstupanjima u jezičnom razvoju koja se kreću od blažih do težih. Blažim odstupanjima smatraju se odstupanja kod kojih je potrebno malo potaknuti dijete kako bi razvoj govora i jezika bio u progresu, dok je za teža odstupanja potrebno provoditi vježbe s ciljem korekcije postojećih poremećaja².

¹ *Razvoj jezika i govora od rođenja do sedme godine*. Pribavljeno 12.6.2019., sa <http://logotherapy.hr/dijagnostika-i-terapija/razvoj-jezika-i-govora/>

² *Razvoj jezika i govora od rođenja do sedme godine*. Pribavljeno 12.6.2019., sa <http://logotherapy.hr/dijagnostika-i-terapija/razvoj-jezika-i-govora/>

Govor predstavlja vrlo važan komunikacijski alat i u kasnijim periodima života svakog čovjeka, a za njegov razvoj, uz biološke predispozicije, svakako je nužna primjerena stimulacija. Treba imati na umu, međutim, da stimulacija djeteta u ovoj fazi rasta i razvoja treba biti odmjerena, primjerena dobi i bez velikih opterećenja koja mogu imati za posljedicu cijeli spektar neželjenih pojava, a koje se mogu manifestirati u obliku raznih poteškoća u govoru, između ostalog i u mucanju (Posokhova, 1999; Galić-Jušić, 2001).

Poremećaji govora mogu imati vrlo različite uzroke i mogu se javljati u okviru drugih poremećaja, npr. poremećaja iz spektra autizma, intelektualne onesposobljenosti, Touretteova sindroma, ADHD-a i sl. Rana dijagnostika oštećenja sluha, govora i jezika, već u prvim mjesecima po rođenju ili do druge godine, služi upravo tome da se prepoznaju djeca koja su gluha ili nagluha.

3. POREMEĆAJI GOVORA U DJECE

Komunikacijski poremećaji uključuju deficite jezika, govora i komunikacije. Priručnici koji se bave komunikacijskim poremećajima, poput Dijagnostičkog i statističkog priručnika za duševne poremećaje (DSM-5) u ovu skupinu uključuju jezične poremećaje, poremećaje govornih glasova ili poremećaje izgovora, mucanje, socijalni (pragmatični) komunikacijski poremećaj i nespecificirane komunikacijske poremećaje (Američka psihijatrijska udruga, 2014).

Poremećaje izgovora uočavamo na razini glasova ili riječi kada se pojavljuje omisija ili ispuštanje glasova u izgovoru riječi (npr. u slučaju da dijete nije usvojilo izgovor slova r, riječ „trava“ zvučat će poput „taava“. Slovo r izostavlja kod izgovora, dok se izgovor ostatka riječi produljuje). U okviru ovog poremećaja mogu se javiti zamjene glasova ili supstitucija (dijete zamjenjuje glas ili skupinu glasova koje ne može izgovoriti nekim drugim glasom, primjerice umjesto „ljubav“ izgovara „jubav“), nepravilno izgovaranje glasa ili skupine glasova, odnosno distorzija (zvukovna je realizacija iskrivljena u odnosu na standardni izgovor pa je, na primjer, blago ili jako umekšan izgovor glasova „š/ž/č/“ ili se grleno izgovara „r“)³.

Jezični poremećaji odnose se na teškoće u usvajanju i korištenju jezika, što se očituje kroz oskudan rječnik, nemogućnost oblikovanja dužih rečenica, teškoće pri opisu doživljaja i situacija. Mogu biti razvojni i stečeni. Razvojni jezični poremećaji vezani su uz razdoblje kada se jezik tek usvaja, dok stečeni nastaju kada je osnova materinjeg jezika usvojena. Čest slučaj je da, u obitelji osoba s razvojnim jezičnim poremećajima, ima više članova s istim ili sličnim problemom. Stečeni jezični poremećaji javljaju se nakon što je dijete usvojilo neke aspekte govora, odnosno jezika, pa onda pokazuje regresiju, ponekad kao posljedicu neke ozljede ili bolesti, a ponekad bez jasnog uzroka, kao što je to, na primjer, slučaj s određenim brojem djece s poremećajima iz spektra autizma. U ovim slučajevima, roditelji često opisuju period u kojem je dijete pokazivalo dobi primjeren govor, a iza kojeg slijedi nazadovanje u govoru (Američka psihijatrijska udruga, 2014).

Socijalni (pragmatični) komunikacijski poremećaj karakteriziraju poteškoće koje se javljaju u ranom djetinjstvu, ali ponekad ostaju neprepoznate sve dok zahtjevi komunikacije ne postaju složeniji kako dijete odrasta. Specifičnosti ovog poremećaja su

³ *Nepravilan izgovor glasova*. Pribavljeno 15.6.2019., sa <http://logotherapy.hr/dijagnostika-i-terapija/nepravilan-izgovor-glasova/>

teškoće u socijalnoj (pragmatičnoj) upotrebi jezika, u praćenju teme i sadržaja razgovora, nevješto započinjanje razgovora i održavanje teme tijekom razgovora, problemi s izmjenama u komunikaciji, teškoće u razumijevanju dvosmislenih ili neizravno izrečenih sadržaja, nepravilan redoslijed riječi u rečenici, pogrešna uporaba glagolskih vremena, stereotipno ponavljanje riječi ili fraze (eholalija). Osobe sa socijalnim komunikacijskim poremećajem, zbog neuobičajenog govora, nerijetko izazivaju čuđenje kod drugih ljudi i ostavljaju dojam da su drugačije, a teškoće u komunikaciji, pa i u uspostavljanju i održavanju socijalnih odnosa, nepovoljno utječu na njihovu uspješnost u školi i na profesionalnom planu (Kologranić Belić i sur., 2015).

Jezične teškoće mogu se očitovati na razini jezičnih sastavnica poput morfologije, sintakse, semantike i pragmatike. Karakteristično je za djecu da, bez osobitog poučavanja, usvajaju pravila gramatike i postižu primjerenu jezičnu razinu govornog izražavanja samo uz slušanje govora ljudi koji ih okružuju. Dijete koje je zanemareno, ne govori mu se dovoljno ili nikako, progovorit će mnogo kasnije. Nedostatak govornih poticaja imat će za posljedicu oslabljen razvoj poriva za imitiranjem, a uz kašnjenje u stjecanju govora prisutne su nepravilnosti pojedinih sastavnica govora kada se on javi. Ova će djeca, međutim, ako nema drugih poremećaja, vrlo brzo napredovati kada se nađu u situaciji u kojoj je stimulacija adekvatna, odnosno, tijekom tretmana (Posokhova, 1999; Borzić, 1994).

Postoje različite podjele poremećaja govora. Uz podjelu koju nudi DSM-5, opisanu ranije u tekstu, u jednoj od podjela govorni poremećaji u djece predškolske dobi podijeljeni su u tri skupine (Kologranić Belić i sur., 2015): artikulacijski poremećaji (poremećaji izgovora), poremećaji tečnosti govora, dječja govorna apraksija.

Poremećaji tečnosti govora, odnosno poremećaji ritma i tempa govora, mogu se očitovati kao mucanje, brzopletost, usporeni tempo govora te skandirajući govor. Od navedenih poremećaja, mucanje je najčešći⁴. Neke od karakteristika koje čine mucanje prepoznatljivim svima su ponavljanje glasova, slogova, riječi ili fraza, produljivanje glasova, razlomljene riječi, napetost i „grčevi“ tijekom govora, ubacivanje pomoćnog glasa u govoru. U najvećem broju slučajeva, mucanje se javlja za vrijeme predškolske dobi, u periodu od druge do pete godine života. Velik broj djece koja počinju mucati u dobi između druge i pete godine života prolaze kroz fazu tzv. fiziološkog mucanja te kod mnogih simptomi spontano iščeznu. Pravo, problemsko mucanje nastaje ako je dijete osjetljivije po svojoj prirodi, ima

⁴ *Jezično-govorni poremećaji u predškolskoj dobi*. Pribavljeno 15.6.2019., sa <http://www.vrtic-bajka.zagreb.hr/default.aspx?id=56>

genetske predispozicije i/ili je bilo izloženo provokacijskom faktoru (događajni ili iznenadni stres)⁵. Ovo je mucanje za koje je nužno liječenje. Logopedska terapija mucanja dosta je složena i uvijek uključuje suradnju s roditeljima, a često su potrebne i druge intervencije, o čemu će kasnije biti više riječi.

⁵ *Jezično-govorni poremećaji u predškolskoj dobi*. Pribavljeno 15.6.2019., sa <http://www.vrtic-bajka.zagreb.hr/default.aspx?id=56>

4. MUCANJE

4.1. Definicija i obilježja

Opravdano je reći da je mucanje (lat. balbuties) najkompleksniji i najdugotrajniji poremećaj govora. Bez obzira što je problematika mucanja poznata još od antičkih vremena, vremena Hipokrata i Aristotela, etiologija navedenog poremećaja još uvijek nije shvaćena u potpunosti (Posokhova, 1999). Hipokrat i Aristotel ponudili su slična gledišta o mucanju. Naime, smatrali su da je mucanje posljedica poremećaja govornih i respiratornih organa. S druge strane, grčki liječnik i filozof Galen smatrao je da je mucanje uzrokovano nepravilnim razvojem govornih organa (Borzić, 1994). Treba spomenuti i poznatog govornika iz Stare Grčke, Demostena, koji je mucao, ali koji je sam smislio i terapiju kojom se liječio. U usta bi stavio kamen dok je vježbao za govore, tako je pokušavao pospješiti svoj govor i nadvladati mucanje (Galić-Jušić, 2001; Borzić, 1994). Klaudije, poznati rimski imperator, mucao je od ranog djetinjstva. Klaudije se, također, liječio Demostenovom metodom, ali manje uspješno nego sam Demosten. Zanimljivo je da je Klaudije govorio tečno u svojim govorima koje je znao napamet (Borzić, 1994).

Prema DSM-u-5 (Američka psihijatrijska udruga, 2014) mucanje je smetnja u normalnoj fluentnosti i vremenskom modelu govora koja je neprimjerena dobi osobe i jezične vještine. Karakteriziraju ga jedan ili više simptoma, poput ponavljanja glasova i slogova, produljivanja zvukova suglasnika i samoglasnika, razlomljenih riječi (na primjer, stanke unutar riječi), čujnog ili tihog blokiranja (ispunjene ili neispunjene stanke u govoru), okolišanja ili cirkumlokucija (supstitucija riječi tako da se izbjegnu problematične), produkcije riječi uz snažnu tjelesnu napetost te ponavljanja jednosložnih riječi (na primjer, „Ja-ja-ja-ja to znam!“). Navedene poteškoće narušavaju akademski ili radni učinak, a mogu ometati i socijalnu komunikaciju.

Posokhova (1999) navodi da je mucanje poremećaj tečnosti, tempa i ritma govora koji se očituje u nevoljnim grčevima mišića govornih organa (usana, jezika, mekog nepca, glasnica, dijafragme), a katkada ga, kada se radi o jakom mucanju, prate grčevi muskulature lica i nevoljni pokreti različitih dijelova tijela, ruku, ramena, cijelog trupa. Grčevi uzrokuju nepoželjan prekid govora dok je isti još u tijeku, dolazi do uzastopnog ili napetog izgovora slogova i glasova, prisilnih stanki između i u riječi, naglog prekida govora a najčešće se javlja više simptoma istovremeno.

Galić-Jušić (2001) navodi da su neki od temeljnih govornih simptoma mucanja, poput repeticije, produljivanja i umetanja glasova, kao i pauza i zastoja u govoru, često popraćeni snažnom napetošću. U trenucima kada osoba koja muca osjeća povećanu napetost, može doći i do prekida disanja. U govoru osoba koje mucaju pojavljuju se blokade na početku neke riječi, zajedno s nemogućnošću izgovora nekih riječi u toku izvjesnog vremena. Opisanim smetnjama pridružuju se i različite druge smetnje, kao što su: smetnje disanja (smetnje u ritmu disanja, npr. vrlo snažno i prekratko udisanje), motoričke smetnje (pokreti tijekom govora s grimasama lica, krivljenjem glave itd.), vegetativne smetnje (crvenilo lica).

Još u 19. stoljeću poznati ruski psihijatar Sikorsky (1889, prema Posokhova, 1999), koji se, između ostalog, bavio i istraživanjima poremećaja govora i problematikom mucanja, primijetio je da je mucanje karakteristično za dječji uzrast i to za period u kojemu razvoj govora još nije završen. On je već tada naglašavao da dječaci mucaju do tri puta više od djevojčica. Smatrao je da je razlog za ovo sporije sazrijevanje i veća osjetljivost živčanog sustava u dječaka. Omjer muškaraca i žena koji mucaju je 2:1 u ranom djetinjstvu te 4:1 kod osoba s kroničnim mucanjem, odnosno kod odraslih osoba (Yairi i sur., 1996, prema Sardelić i Brestovci, 2003).

Prema DSM-u-5 (Američka psihijatrijska udruga, 2014), u većini slučajeva, mucanje se javlja između druge i sedme godine djetetova života. Kod neke djece, poremećaj se razvija postupno, dok kod drugih nastupa naglo. Mucanje zahvaća 2,5% djece predškolske dobi (Proctor i sur., 2002; Yairi i Ambrose, 2005, prema Kologranić Belić i sur., 2015) i manje od 1% odraslih osoba (Craig i sur., 2002, prema Kologranić Belić i sur., 2015). Kao što je već spomenuto, kada govorimo o govornim poremećajima, mucanje je jedan od najučestalijih, ali iz ovih podataka možemo zaključiti da, općenito govoreći, mucanje nije pretjerano učestalo i da se velik broj poremećaja fluentnosti govora riješi do početka odrasle dobi.

Mucanje koje počinje u djetinjstvu (tzv. razvojno mucanje), javlja se u dobi od treće do sedme godine života. Jedan dio ovih mucanja će se spontano riješiti, a drugi dio će se nastaviti kroz srednje djetinjstvo i adolescenciju, kada djeca postaju svjesna mucanja, a i reakcije okoline su često neprikladne. Taj proces je popraćen različitim negativnim emocijama, sramom i stidom, što konačno može voditi povlačenju, stidljivosti pa čak i logofobiji, odnosno, strahu od govora. Stres i anksioznost mogu pojačati mucanje, a vrlo često je sam početak mucanja vezan uz stresno iskustvo. U igri, kao i tijekom svađe, govor postaje fluentniji, a nefluentnost potpuno nestaje u pjevanju. Često se, kod djece koja mucaju, u anamnezi mogu naći motoričko kašnjenje ili loša motorička kontrola, atipična lateralizacija

(ljevaštvo ili ambidekstrija), tikovi, kašnjenje u progovaranju, pretjerana emotivnost, a ponekad i intelektualne teškoće (Galić-Jušić, 2001; Posokhova, 1999; Borzić, 1994).

Neurogeno mucanje uzrokovano je neurološkim oštećenjima. Zabilježen je mali broj djece kod kojih je disfluentnost govora uzrokovana ovim oštećenjima (Nass, Schreter, Heier, 1994, prema Andrijolić i Leko Krhen, 2016). Neurogeno mucanje najčešće se javlja u odraslih osoba, nakon različitih povreda ili bolesti središnjeg živčanog sustava.

Jedan dio mucanja jest uvjetovan ili barem pojačan psihičkim razlozima, ali jedan dio ima snažnu biološku osnovu. Sardelić, Brestovci i Heđever (2001:47) navode da je mucanje „sindrom brojnih manifestacija na govornom, jezičnom, psihološkom, fiziološkom, tjelesnom i socijalnom području“. Faktori koji se mogu povezati s pojavom mucanja (Yairi i Ambrose, 2005; Ward, 2006, prema Kologranić Belić i sur., 2015) su dob, spol, genetska predispozicija, postojanje drugih jezičnih i govornih teškoća ili teškoća učenja, okolinski čimbenici, trajanje govornih netečnosti. Govorne netečnosti su uobičajene u određenoj fazi djetetovog govornog razvoja i bit će opisane kasnije u tekstu. No, ako se one povećavaju i traju dulje od šest mjeseci, povećava se mogućnost pojave pravog, problemskog mucanja. Povećavanje govornih netečnosti odnosi se na češća, višestruka ponavljanja glasova i slogova, posebno ako su ponavljanja neujednačenog ritma i/ili imaju sve veću brzinu, kao i na pauze popraćene napetošću i problemima s disanjem (Ambrose i Yairi, 1999; Starkweather, 1987, prema Ward, 2006). Kao što je već spomenuto, najveća mogućnost pojave mucanja je u predškolskoj dobi i to kod muške djece. Trostruko je veća vjerojatnost da će djeca čiji bliski rođaci mucaju i sama mucati. U pogledu drugih teškoća, pojava mucanja učestala je kod djece s fonološkim i artikulacijskim teškoćama i teškoćama učenja. U povećanom su riziku i djeca koja često osjećaju pritisak kada trebaju govoriti ili imaju neadekvatne govorne modele.

Normalna netečnost i razvojno mucanje mogu se jednostavno i s lakoćom razlikovati. Broj jedinica ponavljanja najvažniji je faktor kojim se može olakšati razlikovanje početnog mucanja i normalne netečnosti. Za mucanje su karakteristična ponavljanja koja se sastoje od tri ili više jedinica (npr. mu-mu-mu-muha), što se kod normalne netečnosti pojavljuje izuzetno rijetko.

Normalan, tečan govor odlikuje primjerena brzina, s odmjeranim pauzama koje ne narušavaju tijek govora, te u njima nema napora, što ima za posljedicu ujednačen ritam. Prema Galić-Jušić (2001), razlikujemo nekoliko tipova poremećaja fluentnosti govora, a to

su: razvojne govorne netečnosti, granično mucanje, početno mucanje, prijelazno mucanje i uznapredovalo mucanje.

Razvojne govorne netečnosti mogu se javiti kod mnoge djece u dobi od 18 mjeseci do šeste godine, kada dijete može ponavljati početni slog, jednosložnu ili višesložnu riječ, ali ponavljanja se ne događaju više od dva puta. Obično se čini da dijete nije svjesno ovih „zapinjanja“ u govoru.

Granično mucanje je mucanje koje se javlja u periodu od 18 mjeseci do 6. godine života djeteta, a karakterizira ga govor s puno više nepravilnih izgovora, odnosno netečnosti u odnosu na fazu razvojnih govornih netečnosti. U ovoj fazi dijete ponavlja početni slog više od dva puta te je znatno više ponavljanja i produljivanja početnog sloga u odnosu na broj izmjena ili nedovršenih rečenica. Dijete tijekom govora već pomalo može pokazivati da je svjesno nepravilnosti govora.

Početno mucanje se javlja od 2. do 8. godine života te se u ovoj fazi pojavljuju početni znakovi mišićnih tenzija ili napetosti tijekom govora. Dolazi do brzih i nepravilnih ponavljanja slogova koja su praćena zastojima, uz nagle prekide izgovora riječi. Često je opisani poremećaj praćen varijabilnošću visine glasa tijekom ponavljanja ili produljivanja slogova. Također pokreti usana, jezika i vilice mogu biti izrazito napeti. Ova je napetost posljedica pokušaja djeteta da prevlada teškoće početka izgovora pojedinih riječi. Nerijetko je ovo popraćeno i žmirkanjem očima, klimanjem glavom ili umetanjem sloga, kao što je, na primjer, uzdah „uh“ ili rječica „pa“. Javljaju se osjećaji frustracije kao posljedica netečnosti govora, ali bez negativnih osjećaja prema sebi samom.

Prijelazno mucanje očituje se kao opetovano ponavljanje i produljivanje riječi ili slogova te vrlo napeti zastoji u govoru. Ovi su simptomi često praćeni pokretima glave i očiju uz trzajne grčeve i mimiku lica. Dijete vrlo često umeće glasove ili riječi, a sve u cilju prevladavanja napetosti u zastojima tijekom govora ili izgovaranja pojedinih dijelova rečenica. Djeca već iskustveno predviđaju pojedine situacije u kojima bi se moglo javiti mucanje, te ih izbjegavaju zbog toga što su ovi problemi s govorom često praćeni nelagodom i sramom tijekom i nakon mucanja.

Uznapredovalo mucanje ima početak u predškolskoj dobi kada je možda blago izraženo, a kao uznapredovalo se očituje u periodu od navršene 14. godine života djeteta pa nadalje. Osnovna karakteristika uznapredovalog mucanja jesu vrlo dugački i napeti zastoji u procesu govora, a oni su popraćeni i podrhtavanjem usana, jezika ili vilice. Prisutna su

ponavljanja i produljivanja. U fazi uznapredovalog mucanja, neke osobe izbjegavaju pojedine riječi i rečenice, situacije u kojima postoji mogućnost mucanja, a pojedinci idu tako daleko da izbjegavaju i određene osobe, povezujući ih s određenom temom u razgovoru koja povećava neugodu i vjerojatnost mucanja. U određenim situacijama i okolnostima može se stvoriti pogrešan dojam o smanjenom mucanju, tako što je dijete ili adolescent uspjelo izbjeći teme u razgovoru kod kojih je veća vjerojatnost mucanja. Kod nekih osoba s uznapredovalim mucanjem vrlo su snažni osjećaji srama, nelagode pa čak i straha od govora jer je slika o sebi, kod osobe koja muca, vrlo negativna, a razina samopoštovanja i sigurnosti u sebe vrlo niska (Galić-Jušić, 2001).

4.2. Razlike između mucanja i brzopletosti

Tahilalija ili brzopletost je poremećaj brzine i razumljivosti govora koji se očituje u prebrzom govoru, oskudnom rječniku i nejasnoj artikulaciji (Borzić, 1994; Galić-Jušić, 2001). Učestala je kod hiperaktivne djece, a svojim simptomima podsjeća na mucanje zbog čestih ponavljanja slogova ili pak cijelih riječi. „Brzopleti“ govor nema ujednačenu brzinu govora te sadrži puno pauza i akceleracija. Govor je jezično neorganiziran i za slušača zbunjujući. Osobe s ovakvim govornim teškoćama često nisu niti svjesne vlastitog problema, a takav govor posljedica je nedostatka koncentracije na pojedinu misao, odnosno, prebrzog izmjenjivanja misli. Kod brzopletih osoba vrlo su česti poremećaji pažnje, hiperaktivnost, teškoće u čitanju i pisanju.

Dijagnostičko razlikovanje brzopletosti i mucanja najčešće se temelji na subjektivnoj kliničkoj evaluaciji logopeda, što pred stručnjaka stavlja izazov zbog sličnih karakteristika koje često simultano postoje kod oba poremećaja. Istraživanje koje su proveli Van Zaalen i sur. (2009, prema Andrijolić i Leko Krhen, 2016) pokazuje da je slaganje između različitih stručnjaka u postavljanju diferencijalne dijagnoze razmjerno nisko. U istraživanju je sudjelovalo 137-ero djece u dobi od 10,6 do 12,1 godina. Rezultati su pokazali da je slaganje postignuto u samo 50% slučajeva. Kada su subjektivnim procjenama dodani podaci o omjeru disfluentnosti i rezultati dobiveni ispitivanjem govorno-motorne kontrole na razini riječi, slaganje se povećalo na više od dvije trećine slučajeva. U istraživanju je korišten Predictive Cluttering Inventory (PCI – Daly i Cantrell, 2006, prema Andrijolić i Leko Krhen, 2016). PCI je lista provjere za procjenu sindroma brzopletosti. Utvrđeno je da PCI može koristiti za razlikovanje fluentnih i disfluentnih govornika, ali ne i za razlikovanje mucanja i brzopletosti

(Andrijolić i Leko Krhen, 2016). Karakteristike po kojima se mucanje i brzopletost razlikuju u odnosu na različita područja komunikacije i kognicije navodi Scaler Scott (2010, prema Andrijolić i Leko Krhen, 2016). Prema ovom autoru, kod osoba koje mucaju najveće su teškoće na razini riječi, slogova i glasova, a kod osoba koje govore brzopleto na razini poruke. Osobe koje mucaju svjesne su poremećaja kojeg imaju, a osobe s brzopletošću u govoru mogu, a ne moraju biti svjesne toga. Povećanu ili neuobičajenu brzinu govora osobe koje mucaju mogu koristiti kao dodatnu strategiju s ciljem postizanja tečnog govora, dok je ona regularan dio sindroma brzopletosti. Govor osoba koje mucaju ispunjen je mucajućim netečnostima koje se očituju u ponavljanjima i produljivanjima glasova, ponavljanjima slogova te blokadama dok su kod brzopletog govora prisutne obične netečnosti. Artikulacijske teškoće nisu prisutne kod osoba s mucanjem a kod brzopletog govora artikulacija je neprecizna pa to otežava razumljivost. Prozodija i pragmatika su uredne kod mucanja dok su kod brzopletosti narušene. S druge strane, izbjegavanje komuniciranja s okolinom, kao i negativni stavovi, karakteristični su za osobe mucanjem, a mogu biti prisutni i kod osoba s brzopletim govorom.

5. UZROCI MUCANJA DJECE PREDŠKOLSKE DOBI

Definitivnog odgovora na pitanje što uzrokuje mucanje nema, no možemo reći da postoje dvije skupine faktora koji mogu uzrokovati mucanje, a možemo ih okarakterizirati kao **predispozicijske** i **proizvodne uzroke** (Posokhova, 1999). Predispozicija znači sklonost, no ta sklonost ne mora postati očita, a neki drugi faktori doprinose razvoju poremećaja. Nekoliko najvažnijih predispozicijskih uzroka su: nasljedna sklonost ka mucanju, nedovoljna razvijenost osjećaja za tempo i ritam motoričkih funkcija, neuroticizam roditelja, psihička nestabilnost samog djeteta, opća zdravstvena slabost i podložnost bolestima djeteta, dobna osjetljivost govornih funkcija, ubrzani razvoj govora (Posokhova, 1999).

Brojna istraživanja genetike obitelji osoba koje mucaju, a ta istraživanja provode se sustavno u kontinuitetu od stotinjak godina, pokazala su da trećina osoba koje mucaju imaju rođaka koji muca, što ukazuje na nasljednu sklonost ka mucanju u nekih osoba. Kada se govori o nedovoljnoj razvijenosti osjećaja za tempo i ritam motoričkih funkcija, prvenstveno se misli na razvijenost finih pokreta prstiju i govornih organa. U nekim slučajevima ona se odnosi i na opću motoričku nespretnost osoba koje mucaju, odnosno, na smetnje tijekom skakanja, trčanja i lošu koordinaciju.

S druge pak strane, na djetetovo psihičko stanje/osjetljivost, utječu razni faktori kao što su neskladni odnosi unutar obitelji, neuroticizam roditelja koji može izazvati psihičku povrijeđenost djeteta koju dijete ne pokazuje otvoreno, a možda ju i svjesno ne prepoznaje, što može pospješiti razvoj mucanja. Psihička nestabilnost djeteta može biti i posljedica izloženosti vanjskim faktorima poput medija, vrtića, škole koji također mogu potaći razvoj mucanja. Psiholozi opisuju osjetljiviju djecu koja vrlo burno i intenzivno reagiraju i na najmanje vanjske podražaje, te takva djeca trebaju više roditeljske brige, pažnje i zaštite (Posokhova, 1999).

Dobna osjetljivost govornih funkcija odnosi se na faze razvoja dječjeg govornog sustava koji je najviše osjetljiv od druge do treće godine djetetova života. U tom periodu govor još nije automatiziran pa je zbog toga podložan nastanku mucanja. Ubrzani razvoj govora karakteristična je pojava kod djece koja su izrazito napredna u razvoju govora, ali motorika i ubrzanost govornog razvoja nisu usklađeni. Drugim riječima, djetetov intelektualni razvoj intenzivan je, motorna funkcija govornog sustava koja služi kao pokretač govornih organa ne prati sinkronizirano taj ritam, pa dijete može početi izostavljati dijelove riječi,

ponavljati dijelove riječi ili cijele riječi, slogove. Također, mogu se pojaviti i zapinjanja ili zastajkivanja u izgovoru i sl. (Posokhova, 1999). U situacijama kada dijete ima neke od prethodno spomenutih predispozicija, može biti dovoljan samo neki nepoželjan događaj koji će biti okidač za pojavu mucanja.

Postoji nekoliko proizvodnih uzroka mucanja, a to su: psihološki uzroci, socijalni uzroci i fiziološki uzroci. **Psihološki uzroci mucanja** uključuju sve one vrste intenzivnih podražaja u kojima dolazi do narušavanja psihičke stabilnosti djeteta, odnosno do pojava izrazitih jednokratnih psihotrauma ili šokova koje dijete dovode do stanja užasa. Također postoje i situacije koje su pozitivnog predznaka, tj. u kojima dolazi do stanja prekomjerne radosti i uzbuđenosti, a koje mogu predstavljati stresno iskustvo za dijete. Za razliku od jednokratnih izloženosti uzbuđenjima ili šoku, postoje i situacije permanentne izloženosti djeteta dugotrajnim psihotraumatizirajućim situacijama kao što su vrlo snažne emocije vezane za narušene odnose u obitelji, svađe roditelja i sl. Posebno su osjetljiva djeca rane predškolske dobi u već opisanom periodu pojačane osjetljivosti govornih funkcija. Prema Galić-Jušić (2001), neki od događaja koji mogu biti osobito stresni za dijete su rastava roditelja, svađe roditelja u djetetovom prisustvu, selidba u novi dom ili novi grad, kao i premještanje djeteta u novi vrtić ili školu, kažnjavanje djeteta od strane odraslih osoba (odgojitelja, roditelja). Nadalje, ova autorica navodi da rođenje brata ili sestre, smrt ili bolest nekog člana obitelji, kao i bolest samog djeteta, mogu biti izvor stresa za dijete. Općenito se može reći da stres kod djeteta predškolske dobi mogu uzrokovati razni događaji koji bitno mijenjaju njegovu dnevnu rutinu, spavanje ili način ishrane. Događaji koji mijenjaju djetetovu svakodnevnu rutinu izazivaju kod djeteta uzbuđenje ili pak tjeskobu, pa, prema tome, i pozitivni i negativni događaji mogu dijete dovesti u stanje stresa. Djetetov život tada postaje manje predvidiv, a to uzrokuje kod djeteta osjećaj nesigurnosti. Važno je napomenuti da stresni događaji u životu djeteta ne izazivaju mucanje, ali mogu pogoršati netečnosti tako da netečnosti u govoru postanu izraženije i češće ili izazvati pojavu drugih simptoma početnog mucanja (Galić-Jušić, 2001).

Socijalni uzroci mucanja nerijetko su usko povezani sa psihološkim uzrocima mucanja djece, a to je posebno izraženo kod nastanka mucanja u djece koja žive u uvjetima konstantnih sukoba između roditelja. Međutim, socijalnim uzrocima nastanka mucanja smatraju se i oni slučajevi koji su posljedica zajedničkog života djece i roditelja s bakama i djedovima, gdje dijete biva izloženo različitim kriterijima i normama u odgoju, preliberalnom pristupu u odgoju djeteta ili pak prekrutom, odnosno prečvrstom pristupu u odgoju djeteta.

Treba spomenuti i nepravilan govorni uzor, koji je vrlo često jedan od glavnih pokretačkih uzroka mucanja (jasno, ako se radi o bliskom rođaku koji muca, onda se ne smije zanemariti ni genetska komponenta). U ovim slučajevima radi se o lošim primjerima neorganiziranog, ubrzanog, nervoznog govora roditelja ili neke druge osobe s kojom je dijete kontinuirano u interakciji. Tijekom takvih loših primjera govora roditelja ili drugih djetetu bliskih osoba, dolazi do gutanja dijelova riječi ili pak cijelih riječi u rečenici. Pritisak okoline u smislu da se forsira izgovor vrlo složenih riječi ili rečenica kada to nije usklađeno s dobi i razvojnom razinom djeteta predstavlja vrlo štetan čimbenik, odnosno, uzrok je preopterećenosti govornog sustava djeteta (Posokhova, 1999; Galić-Jušić, 2001).

Fiziološki uzroci mucanja su svi oni uzroci koji mogu prouzročiti mucanje, a nastali su kao posljedica lezija mozga, ozljeda mozga, tjelesnih bolesti koje mogu imati za posljedicu slabljenje govornog sustava, iscrpljenosti ili premorenosti živčanog sustava. Kod fizioloških uzroka nastanka mucanja treba spomenuti da oni najčešće pogađaju odrasle osobe, a u manjoj su mjeri prisutni kod djece ili barem nisu tako očiti da bi ih se moglo dokazati različitim pregledima i pretragama. Ipak, treba spomenuti abnormalnosti elektroencefalograma (EEG) koje su pronađene kod jedne podskupine osoba koje mucaju. Nakon otkrivanja promjena u alfa valovima u desnoj hemisferi kod osoba koje mucaju, Boberg i sur. (1983, prema Sardelić i Brestovci, 2003) povezuju ove nalaze EEG-a s uzrocima mucanja. S druge pak strane, druga istraživanja o odnosu mucanja i abnormalnosti EEG-a nisu potvrdila ovu povezanost (Novosel, Novosel, Novosel, 2000). U jednom takvom istraživanju sudjelovalo je 44 djeteta koja mucaju, uz kontrolnu skupinu od 42 djeteta koja ne mucaju i rezultati su pokazali kako nema značajne razlike u EEG-u između ove dvije grupe djece te da ne postoji povezanost između intenziteta poremećaja i EEG-a (Novosel i Brestovci, 1988; Novosel, 1982, prema Novosel, Novosel, Novosel, 2000).

Neka istraživanja pokazuju da je mucanje češće u prvorodene djece (Borzić, 1994). U istraživanju koje je provela Borzić (1994), sudjelovalo je 15-ero djece s mucanjem, od kojih je njih 13 prvorodeno dijete u obitelji. Također, Borzić (1994) navodi kako je analizom podataka za 100 djece koja su potražila pomoć radi poremećaja fluentnosti govora, utvrdila kako su djeca koja mucaju u najvećem broju prvorodena djeca. Autorica iznosi pretpostavku o nesigurnosti majke u odnosu s prvorodnim djetetom kao mogućem razlogu za ovakve rezultate. Nije, međutim, nađen jedinstven obrazac odnosa s majkom kod sve prvorodene djece koja mucaju. Neke majke prvorodene djece koje, zbog određenih razloga, nisu dijete prihvatile na odgovarajući način, svoje nesvjesno odbacivanje djeteta kamufliraju prevelikom

brigom i požrtvovnošću. Kao što je već spomenuto, ponekad roditelji imaju prevelika očekivanja od djeteta, koja dijete ne može ispuniti, što može rezultirati mucanjem. U navedenom istraživanju potvrđen je patološki odnos majke i oca kod sve djece koja mucaju, a navedena su tri različita tipa odnosa: dominantna majka i pasivan otac, anksiozna majka i agresivan otac te hladna, rigidna majka i infantilni otac (Borzić, 1994).

Sažimajući različite teorije i rezultate istraživanja, može se reći da „mucanje započinje u trenutku kada se udruži konstitucijski stečena predispozicija, kompleksna faza u govorno-jezičnom razvoju i zahtjevi okoline za određenim govornim postignućem“ (Galić-Jušić, 2001:60). Dakle, dijete počinje mucati ili netečno govoriti u trenutku aktivacije faktora iz ta tri spomenuta područja. Konstitucijske sklonosti mucanju neke djece, a posebno one djece koja imaju inhibiran temperament, znače i sklonost pojačanom strahu i frustracijama, a kada se mucanje javi, ono predstavlja novi izvor frustracije i pojačava strahove. Peters i Guitar (1991, prema Galić-Jušić, 2001) navode da dio emocionalnog mozga, koji je osjetljiv na podražaje, refleksno pokreće napetost u glasnicama. Osim konstitucijske predispozicije za govorno-motornu nekompatibilnost, također postoji i predispozicija za razvoj izrazite napetosti u predjelu glasnica kada osoba osjeća strah ili frustracije. Takvo tumačenje predispozicije pokazuje zbog čega su, uz čimbenike razvoja i okoline, prisutni napeti zastoji kod jednog dijela djece koja mucaju, dok kod drugih, nakon faze ponavljanja i produljivanja glasova, nema napetosti (Galić-Jušić, 2001).

Barem kod jednog dijela osoba koje mucaju početak mucanja uvjetovan je fizičkom predispozicijom, a razvoj mucanja može biti posljedica učenja uvjetovanjem. Klasično uvjetovanje direktno utječe na to da napeti zastoji, kao i brza i nepravilna produljivanja nastaju kao osnovna karakteristika razvijenog stupnja mucanja (Galić-Jušić, 2001). U cilju uvođenja ispravne i djelotvorne, sustavne i kompleksne terapije, od iznimne je važnosti istinsko razumijevanje načina progresije mucanja i njegovih posljedica na psihofizički razvoj djeteta.

6. ISHOD POREMEĆAJA

6.1. Fiziološko mucanje

Fiziološko mucanje javlja se najčešće u periodu između druge i pete godine djetetova života. U toj dobi, strujanje djetetovih misli je jako brzo, vokabular nije dovoljno razvijen kao što ni govorni centri i organi nisu u potpunosti spremni za provođenje složenijih radnji poput govora, pa dijete, u prevelikoj želji da nešto kaže, može zamuckivati. Najčešće se događa da dijete zamuckuje upravo kada osjeća snažne emocije, bilo radost, tugu, uzbuđenost ili pak bijes. Fiziološko mucanje jednostavno je dio faze djetetovog razvoja i nije potrebno intervenirati, ono će samo nestati. Ipak, budući da je u tome periodu razvoj govora izrazito osjetljiv, važno je pratiti zapinjanja u govoru zbog mogućnosti pretvaranja u pravo mucanje. U jednom longitudinalnom istraživanju (Yairi i Ambrose, 1999) praćena su djeca koja mucaju, odnosno, djeca koja su tek počela mucati, ali za koje nije bilo sigurno je li njihovo mucanje fiziološko ili mucanje koje će perzistirati u stariju dob. Istraživanje je provedeno na uzorku od 84 djeteta s mucanjem. Djeca su praćena minimalno 48 mjeseci od početka njihovog mucanja, a svakih 6 mjeseci dolazila bi na pregled koji je uključivao promatranje djece od strane istraživača u raznim govornim situacijama u klinici i izvan nje. Govor djece se, također, bilježio i u obliku audio i videozapisa, a istraživači su, promatrajući djecu, bilježili postoje li problemi u ponašanju i svjesnost djeteta o poremećaju. Roditeljima je savjetovano da prate djetetovo mucanje i da svakako obavijeste istraživača ukoliko se pojave neke značajnije promjene u mucanju, a svakih 6 mjeseci su davali informacije o djetetovom mucanju (o učestalosti mucanja, emotivnim reakcijama djeteta, svjesnosti djeteta o poremećaju, reakcijama djetetove okoline na mucanje i sl.) i ocjenjivali jačinu mucanja. Da bi se dijete smatralo oporavljenim od mucanja, trebalo je zadovoljiti niz kriterija: opću ocjenu kliničara te opću prosudbu roditelja da dijete nije pokazalo mucanje, kliničku i roditeljsku ocjenu težine mucanja kao manju od 1 (broj 1 označavao je granično mucanje), opažanje i registraciju nefluentnosti (ponavljanja dijelova riječi, ponavljanja jednosložnih riječi i dizritmična fonacija) kojih je trebalo biti manje od 3 na 100 slogova te da mucanje nije prisutno najmanje 12 mjeseci, prema izvještaju roditelja i opažanju kliničara. Veliki broj djece (75%) praćeno je čak dvije godine nakon oporavka kako bi se uistinu potvrdilo da je mucanje iščezlo. Rezultati istraživanja pokazali su da mucanje kod djece kod koje je iščezlo, obično traje od 6 do 35 mjeseci prije oporavka, iako je bilo i onih kod kojih je trajalo i do 4

godine. Nadalje, rezultati također pokazuju da je stopa oporavka od mucanja veća u djevojčica nego u dječaka te da djevojčice imaju tendenciju oporavka u ranijoj dobi. Istraživanje je pokazalo da je čak 74% djece koja su sudjelovala u istraživanju prestalo mucati. Autori su, također, utvrdili da su poboljšanje i oporavak češći i karakterističniji u početnim fazama mucanja koje je počelo u ranom djetinjstvu (Yairi i Ambrose, 1999).

6.2. Problemsko mucanje

Problemsko mucanje, za razliku od fiziološkog, sa sobom nosi mogućnost da će postati kronično. Rezultati longitudinalnih istraživanja pokazuju da se 65-85% djece oporavlja od razvojnih netečnosti govora. Prognoza oporavka ili zadržavanja poremećaja u adolescenciji i odrasloj dobi može se učiniti na osnovi težine poremećaja tečnosti govora kada dijete navrši osam godina (Američka psihijatrijska udruga, 2014).

Već je spomenuto da, kod osoba koje mucaju, napetost tijekom govora, odnosno, osjećaj nelagode i naprezanja, prelazi i na muskulaturu lica i vrata. Djeca vrlo brzo shvaćaju da si, ako tijekom mucanja naprave neki dodatni pokret, na primjer, glavom, ustima ili trepnu, izgovore neku drugu riječ ili slog, tako olakšavaju proces govora i ublažavaju posljedice mucanja. Može se reći da ovaj proces kada se dijete dodatnim pokretom privremeno oslobodi napetog zastoja ili neprekidnog ponavljanja izgovaranja neke riječi ili sloga, odnosno, ublaži problem u izgovoru, predstavlja negativno potkrepljenje. S druge strane, ovo djeluje i kao pozitivno potkrepljenje jer upravo taj pokušaj dodatne strategije olakšava inače otežanu komunikaciju djeteta s roditeljima, prijateljima ili sa svojom okolinom i vodi fluentnijem govoru. Međutim, treba naglasiti i vrlo ograničenu i kratkotrajnu vrijednost ovih načina samopomoći djeteta (Galić-Jušić, 2001).

Važno je istaknuti kako je djetetova prvotna spoznaja o problemima komuniciranja s okolinom popraćena smanjenim samopouzdanjem djeteta. Upravo smanjeno samopouzdanje djeteta igra ključnu ulogu u njegovom daljnjem (negativnom) psihičkom i fizičkom razvoju, ako se poteškoće s mucanjem ne uoče i ne liječe na vrijeme. Bez primjerenog terapijskog pristupa problemnom mucanju, vrlo lako može doći do progresa početnog mucanja i prelaska u teži stupanj. Jedini i ispravan pristup liječenju mucanja je pravodobna terapijska intervencija, naravno uz konstantnu uključenost roditelja, koja postupnim koracima unatrag

„vraća“ dijete u nenapeti govor, koji čak ne mora biti ni posve tečan, ali je na stupnju nenapetog ponavljanja početnog sloga.

7. TERAPIJSKI PRISTUPI

Postoje razni terapijski pristupi koji se koriste u terapiji mucanja. Prizl (1998) opisuje različite terapijske pristupe u radu s djecom predškolske dobi, a neki od njih su terapije promjene ponašanja, izravan rad s djetetom, psihoterapija, desenzitizacija te bihevioralna terapija.

Terapija promjene ponašanja je terapijski postupak usredotočen na djetetovo ponašanje za koje se smatra da je prouzročilo ili je barem pospješilo mucanje. S razvojem mucanja povezivani su različiti čimbenici poput straha od govora, socijalne i emocionalne deprivacije, suparništva među braćom, nedostatka discipline, nedostatka roditeljske brige i pažnje, tenzija, svađa i neprijateljstva među članovima obitelji, konstantnog ometanja govora i pokušaja govora od članova obitelji, nerealnih visokih ili niskih očekivanja i dr. (Shames, 1982, prema Prizl, 1998). Kroz obiteljsku terapiju, članovi obitelji mogu uvidjeti vlastiti mogući utjecaj na djetetovo mucanje.

Direktne terapije osnivaju se na pretpostavci da je djetetovo mucanje simptom nekih drugih psiholoških problema ili problema u odnosima i da zahtijeva liječenje. Preporučuju se terapija igrom i psihoterapija. Psihoterapija se oslanja na proučavanje obrambenih mehanizama, razvoja ličnosti, anksioznosti, osjećajnosti i odnosa među članovima obitelji, a ima za cilj otklanjanje poremećaja fluentnosti govora. Schilling (1965, prema Prizl, 1998) je opisao posebnu vrstu igre, terapijsku igru von Staabsove. Igra uključuje lutkice ili savitljive predmete koji predstavljaju osobe u djetetovom životu. Iako je terapeut prisutan za vrijeme igre, dijete slobodno izražava emocije (sreću, ljubav, ljutnju, mržnju, strah i dr.) koje osjeća prema tim osobama. Igrom dijete pokazuje ono što istinski osjeća, daje sliku vlastitih odnosa s osobama koje su predstavljene u obliku lutaka te tako otkriva tko se od njih loše odnosi prema njemu. Ovaj psihoanalitički koncept povoljno djeluje na otkrivanje psiholoških čimbenika koji mogu biti u osnovi mucanja.

Među različitim terapijskim igrama za koje se pretpostavlja da mogu pomoći u oporavku od mucanja su logopedске igre. Logopedске igre se kroz terapiju mijenjaju. U početku se provode igre u pokretu, ali bez razgovora. Zatim slijede igre glasovima, produkcija šumova te imitiranje istih u pokrete tijela. Igre se polako mijenjaju i verbaliziraju, a to uključuje pjevanje, recitiranje i ritmiziran govor. Iskustva su pozitivna i pokazuju da djeca tijekom igre, dok glume govor igračaka i životinja, govore fluentno, odnosno mucanje tada izostaje.

Psihoterapija se primjenjuje kod one djece kod koje postoje znakovi koji upućuju da je mucanje simptom neurotskih stanja. Najčešća je primjena kognitivno-bihevioralne terapije. Mišljenja autora o primjeni psihoterapije kod djece koja mucaju različita su. Primjerice, Seeman (1955, prema Prizl, 1998) smatra psihoterapiju fundamentalnom za liječenje poremećaja fluentnosti govora, koja ima za cilj preodgoj djetetove ličnosti, ali ne smatra da je ona sama dovoljna. Prilično složenu terapiju namijenjenu djeci predškolskog uzrasta predložila je Becker (1955, prema Prizl, 1998). Nakon temeljite anamneze i dijagnoze stručnog tima, provode se pedagoško-terapijski postupci s ciljem organizacije određenog reda i načina života, spavanja, obroka, higijene i sl. Naglasak je na logopedskim vježbama, kojima se radi na djetetovoj motorici, kao i motorici govora i regulaciji disanja te razvoju mišljenja. Jasno je da govorna terapija mora biti prilagođena stupnju djetetovog razvoja.

Terapija mucanja može biti i u nešto jednostavnijem obliku, a provodi se u određenim segmentima. Terapija započinje djetetovim pjevanjem s logopedom, zatim dolazi ponavljanje rečenica za logopedom, odgovaranje na pitanja, a nakon toga slijedi samostalno čitanje i spontani govor (Liebmann, 1898, prema Prizl, 1998).

Desenzitizacija se osniva na pretpostavci da je mucanje reakcija na stres (Van Riper, 1954, prema Prizl, 1998). Stres može biti uzrokovan svakodnevnim obiteljskim situacijama pa se takav stres smatra očekivanim ili normalnim, ali postoji i stres koji nije uobičajen (Shames, 1982, prema Prizl 1998). Ako dijete na uobičajenu stresnu situaciju reagira mucanjem, takvo mucanje može se umanjiti ili pak u potpunosti ukloniti, a to je moguće ostvariti korištenjem igre u terapiji mucanja. Desenzitizacija uključuje provođenje raznih igara. Za igre, bile one verbalnog ili neverbalnog karaktera, važno je da kod djeteta ne izazivaju nikakvu napetost ili stres. To se postiže izbjegavanjem tema koje bi mogle uzrokovati stres ili uzbuđenost kod djeteta. Logoped će tijekom terapije polako uvoditi određene faktore koji su za dijete stresni te pratiti kako dijete na njih reagira, iza čega će slijediti igra koja djeluje opuštajuće, a sve s ciljem sprječavanja mucanja. Logoped će u svakom novom susretu povećavati stresore, kako bi dijete postupno povećavalo prag tolerancije na stres te, na kraju, uspjelo savladati uobičajene stresne situacije bez mucanja. Za terapiju je ključno da se svi članovi obitelji uključe i primjenjuju smjernice logopeda kako bi djetetov govor bio fluentan i u krugu obitelji (Prizl, 1998).

Glazba u terapiji mucanja ima sličan učinak poput desenzitizacije. Korištenje glazbe u terapiji mucanja ima pozitivan učinak na smanjenje anksioznosti i stresa (Schifftan i

Stadnicki, 2006, prema Lukić, 2017) te djeluje opuštajuće na osobe koje mucaju, što rezultira smanjenjem napetosti i smanjenjem ili nestankom mucanja (Krutuliene i Makauskienė, 2012, prema Lukić, 2017). Neke od vrsta glazboterapije koje se koriste u terapiji mucanja su terapijsko pjevanje, ritmičko-govorno signaliziranje, auditivno maskiranje, oralno-motorne i respiratorne vježbe. U istraživanju koje je provela Lukić (2017), korištena je anketa na uzorku od 40 logopeda u Hrvatskoj. Cilj istraživanja bio je saznati u kolikom postotku logopedi primjenjuju glazbenu terapiju u terapiji mucanja. Rezultati dobiveni istraživanjem pokazuju kako je tek mali postotak logopeda iskušao glazbu u terapiji mucanja. Iako glazba pozitivno utječe na osobu koja muca, kao što je već rečeno, relaksira osobu i čini govor tečnijim, ovo područje nije dovoljno istraženo i nije previše korišteno u terapiji mucanja (Lukić, 2017).

S druge strane, u literaturi se često mogu pronaći terapijski pristupi koji se temelje na odnosu djeteta s njegovom okolinom i mijenjanju okolinskih čimbenika koji nepovoljno utječu na djetetovo mucanje. Pa tako Shames i Egolf (1969, prema Prizl, 1998) pretpostavljaju da mucanje proizlazi iz verbalnog odnosa s roditeljima te da roditelji mogu pojačavati mucanje. **Terapija govornog odnosa roditelj-dijete** uključuje promatranje verbalnog odnosa roditelja s djetetom. Logoped roditeljima daje smjernice s ciljem korekcije pogrešaka koje čine tijekom razgovora s djetetom, poboljšanja komunikacije i ublažavanja ili otklanjanja mucanja (Prizl, 1998). U literaturi se mogu naći i brojni drugi, različiti pristupi, a jedan od njih je **svjesna sinteza razvoja**. Navedenu metodu razvio je Brajović (1981, prema Prizl, 1998), a primjenjuje se u terapiji mucanja kod djece, ali i kod odraslih osoba. Svjesna sinteza razvoja podijeljena je u tri faze. U prvoj fazi osoba koja muca uči tzv. lijevu i desnu specijalizaciju. Lijeva i desna specijalizacija odnose se na vježbe u kojima osoba treba naučiti polagano otvarati i zatvarati usne slijeva ili zdesna. Ove vježbe uključuju pjevanje visokim i niskim tonovima, ispisivanje slova i riječi tanjim i debljim linijama na papiru, rukom podignutom uvis dok su oči zatvorene ili se specijalizacija izvodi pred ogledalom, s ciljem kontrole njezinog izvođenja. U prvoj fazi, uz specijalizaciju, koristi se i tehnika kojom osoba koja muca izgovara glasove pri snažnom izdisaju. Cilj vježbi iz prve faze ove metode je naučiti pacijenta kontroli mišićne mase lica. Druga faza svjesne sinteze razvoja, uz uporabu tehnika iz prve faze, sadrži vježbe kojima osoba koja muca polagano dolazi do tečnog čitanja. U početku se čita tek nekoliko riječi zajedno, osoba ih čita prvo samo za sebe, odnosno u sebi, zatim ih izgovara naglas. Tijekom čitanja, kao što je već spomenuto, koristi se specijalizacija. Kada u čitanju mucanje izostaje, smatra se da je osoba spremna za treću fazu. Posljednja, treća faza ujedinjuje sve naučene tehnike iz prve dvije faze koje će osoba koja muca, u ovoj

fazi, pokušati koristiti u spontanom govoru. Terapija svjesne sinteze razvoja završava kada osoba, neovisno o situacijama u kojima se nalazi, govori tečno ili kada uspješno koristi naučene tehnike kao sredstvo za savladavanje mucanja.

Svako dijete je zasebna individua, stoga metode terapije nisu iste za svu djecu. Prije odabira terapijskog pristupa, logoped mora razmotriti nekoliko čimbenika, a to su dob djeteta, njegov temperament, trajanje i simptomi mucanja, kao i sredina u kojoj dijete živi. Moguće je primjenjivati i više terapijskih pristupa. Jedan od njih je integrativna terapija kod djece predškolske dobi, vrlo složen i kompleksan skup metoda i postupaka (Galić-Jušić, 2001). **Integrativna terapija**, prije svega, spaja dvije vrste terapije, a to su neizravna i izravna terapija. **Neizravna terapija** stavlja roditelje u glavnu ulogu s ciljem promjene komuniciranja unutar obitelji. Neizravnom terapijom nastoji se educirati roditelje, približe im objasniti što je mucanje, što ga uzrokuje i što ga pojačava te što je važno za ublažavanje poremećaja ili njegovo otklanjanje. Terapeut, odnosno logoped, podučava i savjetuje roditelje kako reagirati na djetetovo mucanje u određenim situacijama, ukazuje na važnost aktivnog slušanja, kao i na važnost korištenja jednostavnog, opuštenog i nešto sporijeg govora od uobičajenog. Roditelji trebaju usvojiti takav način govora koji je čista suprotnost od govora koji dijete inače čuje kod kuće (ubrzan, neorganiziran govor) i djetetu svakodnevno pružati primjer relaksiranog, pojednostavljenog govora kako bi i samo dijete počelo primjenjivati takav oblik govora.

S druge strane, **izravna terapija** usmjerena je na dijete. Izravna terapija temelji se na pretpostavci da dijete suočeno s problemom početnog mucanja ima problem s govorom, osobito ako već neko vrijeme napeto počinje izgovarati riječ ili učestalo produljuje glasove u riječima, što ima za posljedicu frustraciju djeteta. Ovisno o procjeni terapeuta, u izravnoj terapiji primjenjuju se terapija modifikacije mucanja i terapija oblikovanja tečnosti. Cilj terapije modifikacije mucanja je uspostava komunikacije i govora kod djeteta lišena bilo kakve napetosti u govoru, s ciljem poboljšanja tečnosti izgovora, dok je cilj terapije oblikovanja tečnosti modeliranje tečnog govora. Terapija oblikovanja tečnosti također koristi izbjegavanje stvaranja napetosti u govoru, a implementira i tehnike ispravnog disanja, odnosno relaksirano, tzv. govorno disanje (Galić-Jušić, 2001). Terapija oblikovanja tečnosti je jedna i od najčešće korištenih terapija u liječenju mucanja, a to pokazuju i rezultati nekih istraživanja (Lukić, 2017). Jedan od zanimljivih postupaka u terapiji oblikovanja tečnosti je **PPP (Pravila pet prstiju)**, a osmislila ga je Jelčić Jakšić (2014). Navedeni postupak, autorica je primjenjivala kroz 7 godina, nakon čega je zaključila da upravo Pravila pet prstiju imaju pozitivan učinak na osobe koje mucaju, pokazala su se praktičnima i lako pamtljivima - kako

za djecu, tako i za njihove roditelje. Pravila pet prstiju služe kao svojevrsni podsjetnik kod izgovaranja riječi ili fraza. Funkcioniraju na sljedeći način: osoba koja muca zajedno s logopedom utvrđuje pet važnih čimbenika koji pridonose tečnijem govoru. Nakon što je određenih pet pravila utvrđeno, nacrtaju se ruka, a na svaki prst osoba koja muca napiše po jedno pravilo. Pravila pet prstiju koristili su i odrasli ljudi, ali posebno su praktična za djecu predškolske dobi. Razlog tomu je što djeca koja ne znaju čitati ili pisati, umjesto da pišu pravilo na svaki prst šake, crtaju po jedan simbol koji ih asocira na određeno pravilo. U slučaju koji Jelčić Jakšić (2014) opisuje, prikazana su pravila do kojih su autorica i jedan dječak došli prilikom terapije mucanja. Prvo pravilo bilo je usmjereno na govor i trebalo je dječaka podsjetiti da se treba skoncentrirati prije nego što nešto kaže i razmisliti o tome što želi reći, odnosno služilo je kao priprema za govor. Drugo pravilo odnosilo se na gledanje sugovornika u oči, što se povezuje s hrabrošću. Treće pravilo bilo je vezano za disanje – polagano udisanje zraka radi osiguravanja dovoljne količine zraka za izgovor misli. Četvrto pravilo odnosilo se na mekano započinjanje govora, a peto na povezivanje glasova, slogova i riječi kako bi govor postajao tečniji i imao vlastiti kontinuitet (Jelčić Jakšić, 2014).

U cilju boljeg shvaćanja prirode i kompleksnosti poremećaja fluentnosti govora, moraju se razmatrati bihevioralna dimenzija problema, socio-psihološka dimenzija te kognitivna dimenzija. Bihevioralna dimenzija odnosi se na vidljiva ponašanja kod osoba koje mucaju. Neka od njih su disfluentnost govora, različita govorno-glasovna ponašanja, pokreti i tikovi koji se javljaju za vrijeme mucanja, vrijeme reakcije na podražaje i dr. Socijalno-psihološka ponašanja treba promatrati i pratiti pojavu ponašanja izbjegavanja, karakteristike ličnosti, strah, socijalnu opterećenost razgovorom, interakcije govornika i slušatelja i sl. Treba pratiti i kognitivne varijable koje uključuju psiholingvistička ponašanja – fonologiju, prozodiju, sintaksu, semantiku i pragmatiku, radi lakšeg prepoznavanja uzroka mucanja (Sardelić i Brestovci, 2003).

S obzirom na kompleksnu prirodu poremećaja tečnosti govora, potreban je multidimenzionalan pristup u terapiji mucanja. Primjer takvog pristupa je **VaLMod (Varaždinski Logopedski Model) program**. Riječ je o programu kojeg je osmislio Novosel (Novosel, Novosel, Novosel, 2000), a provodi ga kroz suradnju logopeda s drugim stručnjacima u Varaždinu. Pristup i ispitivanje poremećaja fluentnosti u ovom programu uključuju četiri aspekta. *Medicinski aspekt* podrazumijeva prikupljanje svih važnih informacija povezanih s nasljednim čimbenicima mucanja, kao i s neurorizičnim faktorima u prenatalnom, perinatalnom i postnatalnom periodu djetetova života, intrauterinom stresu,

bolestima i poremećajima u ranom djetinjstvu. *Aspekt interpersonalne dinamike mucanja* podrazumijeva analizu kvalitete međuljudskih odnosa u različitim okruženjima, poput obitelji, škole, posla i prijateljstva. Tako je moguće analizirati pojavu i trajanje mucanja te je važan faktor za moguću korekciju tijekom i nakon terapijskog tretmana. Narušeni interpersonalni odnosi u obitelji ili u školi mogu biti glavni etiološki čimbenik za pojavu mucanja na već 'plodnom tlu'. *Aspekt individualne psihodinamike mucanja* čini analiza i ispitivanje emocionalne dinamike svake osobe prije terapije, a služi kao osnova planiranja terapije. Mucanje osobu koja se bori s njim može dovesti do stanja kronične iscrpljenosti te uzrokovati pojavu negativnih emocija, poput tjeskobe i straha. *Aspekt fiziologije mucanja* uključuje utvrđivanje neurofizioloških promjena. Sve neurofiziološke promjene važne su radi boljeg razumijevanja problematike mucanja zbog njihovog snažnog utjecaja, direktnog ili indirektnog, na intenzitet mucanja i popratnih simptoma poremećaja (Novosel, Novosel, Novosel, 2000).

VaLMod podrazumijeva holistički pristup osobi koja muca, a koriste se različite tehnike u terapiji mucanja. Neke od tehnika su relaksacija, autosugestija, elektro-miografski (EMG) biofeedback s kontrolom mišićne napetosti tijekom prefonatorne, fonatorne i postfonatorne faze, vježbe disanja i fonatorne vježbe, intenzivna međuljudska komunikacija, rad s članovima obitelji osobe koja muca s ciljem educiranja istih. EMG je instrument za mjerenje napetosti mišića neposredno prije govora, za vrijeme govora te nakon govora kod osoba koje mucaju, a kombinira se s autosugestijom i relaksacijom. Naglasak kod EMG biofeedbacka stavljen je na samu osobu koja muca. Ona treba prepoznati podatke dobivene EMG biofeedbackom s ciljem učenja kontroliranja svojih, inače nesvjesnih, aktivnosti. Uz sve tehnike koje se koriste, EMG biofeedback ima posebnu važnost jer, zajedno s drugim tehnikama i postupcima, doprinosi stabilizaciji jednog ili više aktivnih sustava govornog mehanizma (Novosel, Novosel, Novosel, 2000). Varaždinski model u liječenju mucanja smatra se najboljim i najcjelovitijim modelom u terapiji mucanja. Ovaj program se sastoji od tretmana koji traju 5-12 dana, ovisno o starosti djeteta, adolescenta ili odrasle osobe te o intenzitetu poremećaja. Za vrijeme tretmana stručnjaci intenzivno rade s osobama koje mucaju te članovima njihovih obitelji. Za njegovanje tečnog govora i nakon tretmana, važno je da osobe koje mucaju, samostalno i/ili uz pomoć članova svoje obitelji, svakodnevno kod kuće provode vježbe koje su naučili tijekom terapije. Ipak, treba napomenuti da je, zbog kompleksnosti programa, VaLMod neprimjenjiv kod predškolske djece, odnosno kod djece do 10 godina.

Uz ovakav kompleksan pristup liječenju, olakšano je individualno pristupanje kod liječenja djece, imajući u vidu dob djeteta, stupanj govornih poteškoća, razinu govorno-jezičnog razvoja, ali i uzimajući u obzir i osobine ličnosti i karakter. Ovakav pristup liječenju i terapijskim aktivnostima u koja su uključena djeca predškolske dobi, omogućava vrlo veliku adaptivnost terapijskih postupaka, koji će imati za posljedicu najbolje rezultate terapija. Važna je i svjesnost samog djeteta o egzistenciji problema mucanja. Kronifikaciju mucanja moguće je spriječiti ako roditelji i logoped simultano provode terapiju i s djetetom koje muca, ako je ono mlađe od pet godina ili ako je mucanje prisutno manje od godinu dana (Pavičić Dokoza i Hercigonja Salamoni, 2007).

8. DIJETE S MUCANJEM U VRTIĆU

Dolaskom u vrtić, ovisno o cijelom spektru različitih čimbenika koji utječu na psihofizički razvoj svakoga djeteta, dolazi do interakcije djeteta s ostalom djecom i odgajateljima koje dijete nije prethodno poznavalo. Ovaj kontakt vrlo je važan za daljnji razvoj djeteta i njegov boravak u vrtiću. Dolaskom djeteta u vrtićko okruženje koje je posve strano za njega, u kojemu ne poznaje ostalu djecu i odgajatelje, dijete se stavlja u poziciju koja nije ugodna većini djece. Dijete može reagirati na novonastalu situaciju, ovisno o svojim obilježjima i temperamentu te stupnju osjetljivosti, na različite načine, što može imati za posljedicu i postupno „zatvaranje“ djeteta, njegovo mucanje ili zamuckivanje, a u slučajevima u kojima je dijete i prije dolaska u vrtić imalo poteškoće u govoru, one se mogu intenzivirati. Odgajatelji moraju voditi računa o individualnim obilježjima svakog djeteta i prepoznati moguće probleme te načine da se oni izbjegnu ili umanje, za što je nužna suradnja s roditeljima.

Dijete koje muca nerijetko može biti stigmatizirano i suočeno s negativnim komentarima okoline koja često ima predrasude vezane uz mucanje. Određene predrasude prema mucanju mogu se vidjeti čak i u sadržajima popularne kulture, na primjer, u crtanim filmovima gdje su likovi koji mucaju negativno okarakterizirani kao manje pametne osobe ili kao kukavice. Primjer je Porky Pig iz crtanog filma Looney Tunes/Merrie Melodies. Warner Bros, američka tvrtka za zabavu, koja je kreator spomenutog crtića, željela je prikazati lik s uplašenim glasom. Ipak, 1991. godine National Stuttering Project, neprofitna organizacija koja pruža potporu osobama koje mucaju, uložila je prigovor zbog omalovažavanja osoba koje mucaju i tražila je od Warner Brosa da prikažu Porkyja Piga kao odvjetnika djece koja mucaju. Nakon postignutog dogovora, javno su govorili protiv diskriminacije i zlostavljanja osoba koje mucaju, a Porky Pig je bio prikazan na svim tada objavljenim plakatima uz rečenicu „Svi su jedinstveni i t-t-t-to je u redu, ljudi!“⁶ Još jedan primjer možemo pronaći u crtiću Winnie the Pooh, u kojem je najbolji prijatelj glavnog junaka, Piglet, mucao. Osim toga, ostao je zapamćen po tome da se svega uvijek boji⁷. Navedeni primjeri ukazuju na važnost medijskog sadržaja što ga djeca konzumiraju, s obzirom na to da uvelike utječu na formiranje dječjih stavova i mišljenja. Upravo zbog toga, uloga odgajatelja i roditelja još je izazovnija.

⁶ *Stuttering in popular culture*. Pribavljeno 20.8. sa https://en.wikipedia.org/wiki/Stuttering_in_popular_culture

⁷ *Animated characters that depict stuttering*. Pribavljeno 20.8. sa <https://www.mnsu.edu/comdis/kuster/media/cartoons.html>

Istraživanja su pokazala da čak i četverogodišnjaci imaju negativne stavove prema mucanju te da preferiraju svoje vršnjake koji ne mucaju (Ezrati-Vinacour i sur., 2001, prema Klarin, 2016). Kod neke djece koja nemaju govornih smetnji može se primijetiti podrugljivo ponašanje, prekidanje i ignoriranje vršnjaka koji mucaju (Langevin i sur., 2009, prema Klarin, 2016). Nakon takvih reakcija okoline i stalnih konflikata s okolinom, djeca koja mucaju mogu se povlačiti u sebe, osjećati se nesigurno i odbačeno.

Roditelji ponekad, čak i nesvjesno, mogu prekidati dijete u govornom izražavanju što samo može pojačati mucanje. Također, mogu ga požurivati, dovršavati rečenicu umjesto njega i sl. Johnson (1943, prema Sardelić i Brestovci, 2003) pretpostavlja da su roditelji ili skrbnici djece kod kojih će se razviti mucanje preopterećeni brigom o pravilnosti dječjeg govora, perfekcionista i tjeskobni. Zabrinutost se javlja i kod pojave najmanje netočnosti, zbog čega upozoravaju dijete, ispravljaju i sl. Iako pritom možda imaju dobru namjeru i misle da tako pomažu djetetu da nešto brže ili lakše izgovori, zapravo mu tako skreću pozornost na govorni poremećaj što može rezultirati nesigurnošću i tjeskobom, kao i razvojem mucanja.

Ipak, nisu sva djeca koja mucaju suočena s negativnim stavovima okoline. Ako je govorni poremećaj prihvaćen od strane roditelja, odgojitelja, pa i samog djeteta, dijete može biti samouvjereno te slobodno govoriti u društvu. Na taj način, mucanje može i iščeznuti. Važno je da su roditelji i odgajatelji educirani o govornim teškoćama djece, odnosno o poremećajima tečnosti govora te da njeguju suportivan pristup djetetu. Suportivan pristup podrazumijeva strpljivo, aktivno slušanje djeteta dok govori, bez nepotrebnih prekida ili pitanja. Presudno je da dijete osjeća podršku, sigurnost i pažnju kroz svakodnevne aktivnosti i razgovore kod kuće i u vrtiću. U literaturi se mogu naći savjeti koji mogu doprinijeti lakšem savladavanju borbe s mucanjem. Roditelji su ti koji pružaju sliku o tome kako bi govor trebao zvučati te djetetu trebaju pružiti primjer sporoga, jednostavnoga govora ispunjenog kraćim, jasnim rečenicama (Galić-Jušić, 2001; Posokhova, 1999). Primjerice, kada je dijete pod stresom, a govor pun zastoja, roditelji mogu djetetu olakšati te napetosti ako mu postavljaju pitanja zatvorenog tipa ili ponude u pitanju dvije mogućnosti, od kojih dijete bira jednu (Galić-Jušić, 2001). U takvim situacijama, kada je mucanje izraženije, dobro je poticati igru s djetetom i davati prednost neverbalnim situacijama. Nadalje, potrebno je dijete ohrabrivati u izražavanju njegovih ideja, usmjeriti pažnju na ono što dijete govori, a ne na način na koji nešto govori. Nipošto ne treba dovršavati djetetove riječi ili govoriti umjesto njega⁸. Također je važno zapamtiti da dijete nema kontrolu nad mucanjem te od njega ne treba tražiti da

⁸ *Mucanje*. Pribavljeno 7.9.2019., sa http://os-jsizgorica-si.skole.hr/logoped?news_id=101

govori ako je jako umorno ili uzbuđeno, niti ga požurivati kada govori sporo. Roditelji i odgajatelji trebaju s djetetom provoditi vježbe disanja i vježbati izgovor, igrati se riječima i slogovima, kao i prepričavati bajke i priče. Kao što je već spomenuto, odrasle osobe djetetu trebaju biti uzor u jasnom, glasnom i razgovijetnom govoru⁹.

Komunikacija između roditelja i odgajatelja također je vrlo kompleksna, a dobra suradnja između njih uvelike olakšava ublažavanje poremećaja i/ili njegovog otklanjanja. Tijekom komunikacije s roditeljima treba uzeti u obzir cijeli niz aspekata kao što su socijalni, zdravstveni, emocionalno stanje djeteta, pa i roditelja te kritične situacije koje su se dogodile u obitelji.

Komunikacija roditelja i odgajatelja mora biti otvorena, obostrana i mora postojati međusobno uvažavanje i poštivanje mišljenja. Sinergijskim djelovanjem roditelja, odgajatelja i logopeda može doći do znatnog smanjenja mucanja ili njegova potpunog nestajanja. Kao što je već spomenuto, ako roditelji kod kuće svakodnevno s djetetom ne provode logopedске vježbe, terapija neće biti uspješna (Pavičić Dokoza i Hercigonja Salamoni, 2007) a kod djece s fiziološkim mucanjem tretman nije potreban. S druge pak strane, roditelji i odgajatelji svakodnevno trebaju provoditi terapijske vježbe s onom djecom kojoj je od strane logopeda preporučena i potrebna terapija. Također je važno osigurati djetetu da, u krugu obitelji, ali i u vrtićkom okruženju, osjeća sigurnost, uvažavanje, poštovanje i empatiju kako bi i samo razvilo osjećaje samopoštovanja i bilo motivirano za napredak. Zanimljivo je da djeca, kada se osjećaju sigurnima, mogu u potpunosti fluentno govoriti (Perović, 2016).

Ono što odgajatelj može napraviti je provođenje radionica s djecom, moguće su i radionice s djecom i roditeljima, na temu različitosti i njihovih prihvaćanja, govornih poremećaja – prevencije, ublažavanja i otklanjanja i sl. Važno je prihvatiti poremećaj te učiniti korake koje su potrebni kao što su stvaranje pozitivnog i poticajnog okruženja, pridavanje izrazite pažnje djetetovim osjećajima, učenje druge djece u skupini empatiji i suradnji, njegovanju prijateljstva i različitosti, pružanje podrške i ohrabrivanje djeteta, osiguravanje djetetu prilike za učenje, rast i razvoj kroz igru. Vrlo je važan i posve individualiziran pristup svakom pojedinom djetetu.

U istraživanju koje je provela Perović (2016), intervjuirani su jedan logoped i nekoliko odgajatelja. Jedna od ispitanica, koja radi 6 godina u dječjem vrtiću kao odgajateljica, ističe kako je izrazito teško „riješiti“ problem mucanja. Kao razlog navodi činjenicu da odgajatelj

⁹ *Mucanje kod djece i savjeti za roditelje*. Pribavljeno 16.8.2019., sa <https://www.roditelji.me/blog/2014/07/01/mucanje-kod-djece-i-savjeti-za-roditelje/>

najčešće ima 20-ero djece u skupini i nije u mogućnosti cijelo vrijeme biti posvećen samo jednom djetetu. Moguće je jedino neke govorne vježbe i igre provoditi grupno (Perović, 2016).

Uz govorne vježbe i igre, važno je istaknuti i problemske slikovnice koje su izrazito poučne, a djeca ih vole i prihvaćaju. Odgajatelji u svakodnevnim situacijama mogu koristiti i različite lutke u lutkarskim predstavama, a tematika tih predstava mogu biti, kao i u nekim od problemskih slikovnica, upravo ljudske različitosti i prihvaćanje istih. Djeca uvijek lakše pamte i uče nešto što su kroz zabavu i igru vidjeli ili čuli. Također, brojalice ne služe samo zabavi. Ritmičke stimulacije koristile su se još u 3.st.pr.n.e. – grčki glumac, Satyrus, dao je Demostenu savjet da, dok se penje na brdo, recitira svoje govore u skladu sa svojim koracima (Prizl, 1998).

Tijekom pripremnih radnji u metodičkom smislu, odgajatelji moraju voditi računa o uključivanju djece s poremećajem mucanja u svakodnevne aktivnosti i zadatke koji se postavljaju pred svu vrtićku djecu. Također, kroz svakodnevni rad, odgajatelji svojim pristupom, metodološkim i pedagoškim mjerama moraju na svojevrsan način senzibilizirati ostalu djecu za djecu koja mucaju, ali ne tako da djeca koja mucaju budu stigmatizirana, ili na bilo koji drugi način „posebna“ ili „drugačija“. Djeca koja mucaju trebaju biti dio vrtićke zajednice koji se ne razlikuje od djece bez teškoća u govoru. Sve vrste igri, radionica, a i priredbi trebaju biti poligon za stvaranje dodatne sigurnosti djece koja mucaju, umjesto pospješivanja osjećaja nelagode, srama i frustracije. Dijete treba ohrabrivati, poticati, ali nikako ne vršiti pritisak. Ono mora osjećati podršku i imati oslonac kako bi premostilo osjećaj nesigurnosti i straha.

Upravo individualiziran pristup svakom djetetu, što se podrazumijeva kao standard u radu s predškolskom djecom, omogućava prepoznavanje i pružanje adekvatne pomoći djetetu, pa tako i kod određenih problema s govorom, kao što je mucanje. O trudu i stupnju primijenjenih znanja od strana stručnih osoba, ali i roditelja koji provode ostali dio vremena s djecom koja mucaju, te konstantnosti i individualiziranosti u primjeni tih aktivnosti u radu s djecom koja mucaju, ovisi i ishod u rješavanju ovih problema.

9. ZAKLJUČAK

Mucanje može predstavljati ozbiljan socijalni, psihološki pa i zdravstveni problem svakog pojedinca. Neizostavna karika u prepoznavanju problema i poteškoća u govoru, pa tako i mucanja, svakako su roditelji, ali i odgajatelji u vrtićima. Svakodnevne aktivnosti koje se provode u vrtiću trebaju biti individualizirane, prilagođene potrebama djece, trebaju poticati njihov cjelokupan psihofizički razvoj, a to je moguće ostvariti raznolikim sadržajem aktivnosti. Također, odgajatelji trebaju kod djece poticati socijalizaciju, učiti ih empatiji i pružati dobar primjer.

Rad odgajatelja s roditeljima treba biti suradnički, uz stalnu koordinaciju s logopedom, svakodnevno provođenje terapijskih vježbi, ako su one potrebne i praćenje djetetovog napretka. Jedini ispravan način u borbi s mucanjem je konstantna sinergijska aktivnost svih osoba koje su uključene u skrb o djetetu. Ovaj problem ne treba zanemarivati niti trivijalizirati, ali nikako ni stigmatizirati dijete koje muca. Upravo uključivanje djece koja mucaju u svakodnevne aktivnosti u radu, razgovoru i komunikaciji općenito, treba biti ključ za rješavanje ovog problema. Individualizirani pristup odgajatelja, roditelja i logopeda svakom djetetu usmjeren je na to da se fluentnost govora poboljša, odnosno da se simptomi mucanja smanje ili nestanu. Odgajatelj može imati važnu ulogu i u stvaranju pozitivnog okruženja u kojem će druga djeca prihvatiti vršnjaka koji muca, bez zadirkivanja i poruge.

S obzirom na to da su u etiologiji mucanja pretpostavljeni različiti čimbenici, od predispozicije do utjecaja različitih okolinskih čimbenika i psiholoških osobitosti djeteta, jasno je da pristup djetetu mora biti visoko individualiziran i multidisciplinarni te da će se i uz najbolji pristup u tretmanu kod jednog dijela djece mucanje produžiti u odraslu dob. Ono što je važno jest i da se za ovu djecu u predškolskoj ustanovi i kasnije u školi, stvori optimalno okruženje koje će poticati razvoj pozitivne slike o sebi i samopoštovanja, te razvoj djetetovih potencijala. Tome može doprinijeti okruženje u kojemu nema predrasuda i stereotipa i u kojem se poštuju različitosti, a odgajatelj u tom procesu može dati značajan doprinos.

LITERATURA

1. Andrijolić A., Leko Krhen A. (2016) Diferencijalna dijagnostika poremećaja tečnosti govora. *Hrvatska revija za rehabilitacijska istraživanja*, 52 (2/2016), 60-72.
2. Američka psihijatrijska udruga (2014). *Dijagnostički i statistički priručnik za duševne poremećaje*, peto izdanje. Jastrebarsko: Naknada Slap.
3. Borzić M. (1994). *Objektni svijet djece koja mucaju*. Zagreb: Prosvjeta.
4. Drakulić, N. (2015) *Elektroencefalografija kod djece s teškoćama u razvoju govora*. Neobjavljeni diplomski rad, Zagreb: Odsjek za fonetiku Filozofskog fakulteta u Zagrebu.
5. Galić-Jušić, I. (2001). *Što učiniti s mucanjem: Cjelovit pristup govoru i psihi*. Lekenik: Ostvarenje.
6. Jelčić Jakšić, S. (2014). Pomoć u usvajanju tehnika oblikovanja tečnog govora u terapiji mucanja: Pravila pet prstiju (PPP). *Logopedija*, 4(1/2014), 19-22.
7. Klarin, E. (2016). *Stavovi prema mucanju*. Neobjavljeni diplomski rad, Zagreb: Edukacijsko-rehabilitacijski fakultet Sveučilišta u Zagrebu.
8. Kologranić Belić, I., Matić, A., Olujić, M., Srebačić, I. (2015). Jezični, govorni i komunikacijski poremećaji djece predškolske i školske dobi. U J. Kuvač Kraljević (ur.), *Priručnik za prepoznavanje i obrazovanje djece s jezičnim teškoćama* (str. 64-76). Zagreb: Edukacijsko-rehabilitacijski fakultet Sveučilišta u Zagrebu.
9. Lukić, I. (2017). *Glazba u terapiji mucanja*. Neobjavljeni diplomski rad, Zagreb: Edukacijsko-rehabilitacijski fakultet Sveučilišta u Zagrebu.
10. Novosel, D., Novosel T., Novosel, I. (2000). VaLMod program – Multidimensional Approach to the Therapy of Stuttering. *Grazer Linguistische Studien*, 53(1/2000), 111-133.
11. Pavičić Dokoza, K., Hercigonja Salamoni, D. (2007). *Moje dijete muca – kako mu pomoći?: Priručnik za roditelje*. Zagreb: Poliklinika za rehabilitaciju slušanja i govora SUVAG.
12. Perović, K. (2016). *Uzroci mucanja i njegovo otklanjanje*. Neobjavljeni završni rad, Pula: Fakultet za odgojne i obrazovne znanosti Sveučilišta Jurja Dobrile u Puli.
13. Posokhova I. (1999). *Razvoj govora i prevencija govornih poremećaja u djece: priručnik za roditelje*. Zagreb: Ostvarenje.

14. Prizl, T. (1998). Terapija mucanja kod djece. *Hrvatska revija za rehabilitacijska istraživanja*, 34(1/1998), 95-103.
15. Sardelić, S., Brestovci, B. (2003). Cjelovit pristup etiologiji mucanja. *Govor*, 20(1-2/2003), 387-404.
16. Sardelić, S., Brestovci B., Heđever M. (2001) Karakteristične razlike između mucanja i drugih poremećaja fluentnosti govora. *Govor*, 18(1/2001), 45-60.
17. Ward, D. (2006). *Stuttering and Cluttering: Frameworks for understanding and treatment*. Hove: Psychology Press.
18. Yairi, E., Ambrose, N. G. (1999) Early Childhood Stuttering I: Persistency and Recovery Rates. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 42(1999), 1097-1112.